Hilaire Denis II
N° 20

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898. THÈSE N° 609

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 21 juillet, à 9 heures.

PAR

Maurice COSSON

NÉ A TOURS, LE 9 MARS 1869

CHOLESTÉATOMES

ET

MASSES CHOLESTÉATOMATEUSES

Président. **M. TILLAUX,** professeur.

Juges. **MM. POIRIER, KIRMISSON, JALAGUIER,** agrégés.

PARIS

Georges CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs

3, rue Racine, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898. THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 21 juillet, à 9 heures,

PAR

Maurice COSSON

NÉ A TOURS, LE 9 MARS 1869

CHOLESTÉATOMES

ET

MASSES CHOLESTÉATOMATEUSES

PRÉSIDENT. **M. TILLAUX,** professeur.

JUGES. **MM. POIRIER, KIRMISSON, JALAGUIER,** agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

« La question que je vais traiter..... est une des plus curieuses, des plus intéressantes, mais encore à l'heure qu'il est une des plus obscures de la pathologie auriculaire : curieuse, parce qu'elle nous fournit un exemple d'un processus qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement sur d'autres points de l'organisme; intéressante, parce que la complication dont il s'agit est grave au plus haut degré, par sa résistance à nos moyens d'action et par les accidents mortels qui en sont trop facilement la conséquence; obscure enfin, parce que les théories qui ont surgi pour en expliquer la pathogénie prouvent assez, par leur nombre et leur variété, combien l'accord est loin encore de régner à son égard entre otologistes et anatomo-pathologistes. »

On ne peut mieux dire que le Dr Luc (1), et pourtant tandis qu'à l'étranger, en Allemagne et en Autriche, le cholestéatome était l'objet de nombreuses

(1) Le Cholestéatome de l'oreille (*Médecine moderne*, 1897, n° 16).

recherches, son étude était plutôt délaissée en France.

Il est facile de s'en convaincre en comparant la littérature médicale allemande avec la nôtre, et la part consacrée à l'étude de cette affection dans les traités d'otologie écrits en langue allemande avec les courtes notices qu'on trouve dans nos traités français.

D'où peut provenir cette différence? Est-ce parce que le cholestéatome ou les masses cholestéatomateuses se rencontrent plus souvent à l'étranger que chez nous? C'est possible; toutefois si les masses cholestéatomateuses atteignant un volume considérable sont rares, nous ne pensons pas qu'il en soit de même pour les masses cholestéatomateuses de petit volume donnant lieu à des symptômes encore peu accusés. Bien souvent, en les cherchant, on les trouvera.

Est-ce parce que les Allemands, plus spécialistes, s'attachant plus volontiers aux détails, ont donné plus d'importance à cette affection pour en faire presque une entité pathologique, tandis qu'en France, on ne considérait le cholestéatome que comme une complication accidentelle des otites chroniques? On peut encore l'admettre, mais cette complication pouvant modifier complètement le cours de la maladie et créer des dangers nouveaux, mérite à notre avis d'être étudiée de près.

Au point de vue pratique, son intérêt est manifeste, et lorsque nous suivions la clinique du professeur Politzer, nous avons été souvent témoin de l'insistance avec laquelle le grand maître viennois revenait sur cette question.

Pour ces raisons, nous avons donc pensé à faire de l'étude de cette affection le sujet de notre thèse.

Mais nous ne voulons pas aborder notre sujet sans adresser l'hommage de notre respect à tous les maîtres qui se sont efforcés de nous faire profiter de leur science.

En particulier, nous ne saurions oublier les enseignements de MM. les D[rs] Rigal, Ferrand, Schwartz et Richelot, non plus que la bienveillance extrême avec laquelle M. le D[r] Potocki nous a initié à l'art des accouchements.

A nos maîtres dans la spécialité du larynx, du nez et des oreilles, il nous est particulièrement agréable d'offrir l'expression de notre gratitude.

M. le D[r] Castex, qui fut notre premier maître, n'a pas cessé de nous aider et de nous donner des marques d'intérêt dont nous nous souviendrons toujours.

M. le D[r] Chatellier aussi a tous les droits à notre affectueuse reconnaissance, lui qui par son exemple a tant contribué à notre instruction et nous a si bien aidé de ses conseils dans l'étude qui va suivre.

Nous adressons encore tous nos remerciements à

M. le Dr Luc pour son enseignement et les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

En parlant des maîtres qui ont tant fait pour nous, comment ne pas citer les maîtres de Vienne, MM. les professeurs Politzer et Urbantschitsch !

Enfin nous prions M. le professeur Tillaux de vouloir bien agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHOLESTÉATOME

ET MASSES CHOLESTÉATOMATEUSES

DE L'OREILLE

I

DÉFINITION

Par cholestéatome, on entend une tumeur épithéliale blanche ou nacrée, composée de lamelles concentriques de cellules épidermiques dont le noyau est difficile à mettre en évidence avec les réactifs colorants, et entre lesquelles se trouvent parfois des cristaux de cholestérine.

Cruveilhier, qui décrivit le premier cette tumeur, lui donna le nom de « tumeur perlée » à cause de son aspect. C'est aussi sous ce nom que la désigne Virchow « Perlgeschwülst ».

Le nom de cholestéatome qu'on emploie maintenant généralement vient de Johannes Müller; il a prévalu, bien qu'il ne soit pas absolument justifié, puisque la cholestérine ne constitue jamais la plus grande partie de ces tumeurs et ne s'y trouve même pas toujours.

Le siège le plus habituel du cholestéatome est dans l'oreille moyenne et ses cavités accessoires ; toutefois on en trouve également en d'autres régions, sur la pie-

mère par exemple et dans le cerveau, mais dans ce qui va suivre, nous aurons uniquement en vue le cholestéatome de l'oreille.

Il se présente sous deux formes principales :

A. Parfois c'est une tumeur limitée entourée d'une membrane d'enveloppe fortement adhérente au périoste de la cavité osseuse qui la contient ; cette tumeur est composée de lamelles stratifiées concentriquement et de cristaux de cholestérine. Sa forme est tantôt arrondie, lisse, tantôt très irrégulière et représente le moulage de la cavité où la tumeur est contenue.

C'est là le type qu'ont décrit les premiers observateurs qui se sont occupés de la question.

B. Dans d'autres cas, on ne trouve plus de membrane d'enveloppe, mais la tumeur est constituée des mêmes éléments anatomiques et semblablement disposés. On y trouve des débris épithéliaux, de petits cristaux de cholestérine et de nombreuses granulations graisseuses. Au centre de la masse est parfois un noyau caséeux.

Cette forme se rencontre le plus souvent au déclin d'affections suppurées de l'oreille. Comme elle diffère un peu de la première, il serait peut-être plus exact, pour les distinguer l'une de l'autre, de réserver le nom de cholestéatome aux tumeurs précédemment décrites et de désigner les secondes sous le nom de masses cholestéatomateuses.

Leur grosseur est très variable ; si la plupart de ces tumeurs ne dépassent pas le volume d'un petit pois, comme celles qu'on trouve dans l'attique, d'autres atteignent le volume d'une noix et même plus encore. Kuhn cite une observation de cholestéatome ayant acquis le volume d'un œuf de poule

Le siège du cholestéatome, avons-nous dit, est dans la partie postéro-supérieure de l'oreille moyenne, dans l'attique, dans l'antre et aussi dans les cellules mastoïdiennes. Une particularité intéressante de l'histoire de ces masses cholestéatomateuses, c'est leur action sur l'os environnant ; elles amènent une usure de l'os probablement par la compression due à leur accroissement constant. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour les os situés au voisinage d'un anévrysme de l'aorte. Cette usure peut amener la formation de vastes cavités et la destruction d'organes importants. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point en traitant de la marche de cette affection.

Le cholestéatome se rencontre à tous les âges, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

D'après Bezold, on le trouverait chez 1 à 2 p. 100 des malades atteints d'affections de l'oreille.

II

ÉTIOLOGIE

La question de l'étiologie du cholestéatome est certainement une des plus obscures dans l'histoire de cette affection et a donné lieu à de nombreuses discussions, surtout parmi les auristes allemands, qui se sont beaucoup occupés de la provenance de ces masses épidermiques. Plusieurs théories ont été données, que nous allons essayer d'exposer.

Cruveilhier (1), ayant trouvé à l'autopsie d'une jeune fille de dix-huit ans, une tumeur nacrée siégeant à la base du crâne et recouverte par l'arachnoïde, pensa que cette tumeur était issue du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et en fit une tumeur primitive.

Virchow (2) observa aussi à l'autopsie d'une femme de cinquante-neuf ans, morte avec des symptômes cérébraux, une tumeur de la grosseur d'une cerise, formée de couches concentriques nacrées de cellules plates polygonales et contenant des cristaux de cholestérine. La tumeur avait perforé la face supérieure du rocher et la mort était due à une méningite purulente et à un abcès du cerveau.

---

(1) *Anatomie pathologique*, t. II.

(2) *Archiv für Pathol. Anatomie*. Bd. VIII, Ueber Perlgeschwülst.

Chez un homme atteint d'otorrhée depuis un an et mort avec thrombose du sinus transverse et de la veine jugulaire, Virchow trouva également un cholestéatome ayant perforé l'os et faisant saillie dans la cavité cranienne.

Pour lui (1) le cholestéatome est un néoplasme hétéroplasique, parce qu'il apparaît en des points où on ne rencontre habituellement ni épiderme, ni éléments semblables à l'épiderme.

Plus tard, dans une séance de la Société médicale de Berlin, du 13 février 1889, Virchow (2) ajoutait que dans tous les cas observés par lui, il ne s'en trouvait pas un seul où la tumeur ait eu son siège dans la cavité tympanique et pour lequel on pût admettre que la tumeur avait pénétré dans l'os voisin par amoncellement de masses épidermiques provenant de la cavité tympanique. Il considère toujours la tumeur comme une néoformation hétéroplasique, siégeant constamment dans la partie du rocher où se développent sur le tard des cellules pneumatiques à la place du tissu osseux compact.

Küster (3) fait du cholestéatome une tumeur primitive congénitale des os entourant la caisse, et l'explique par l'inclusion d'un bourgeon épidermique au niveau du premier arc branchial. A l'occasion d'une inflammation, du voisinage d'une otite, par exemple, la masse épidermique incluse subirait une exagération de développement qui amènerait son irruption dans la caisse ou

---

(1) *Loc. cit.*, p. 414.

(2) In *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 10, 1889, p. 216.

(3) *Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd XXVIII, p. 288.

dans le conduit. On ne peut accepter, dit Küster, qu'un simple amas d'épiderme dans la caisse ou dans l'antre puisse amener une usure du conduit externe, comme la plupart des auristes sont disposés à l'admettre. « Cela est incompréhensible pour des raisons physiques, l'oreille étant un canal ouvert d'un côté, dans lequel on ne peut imaginer une augmentation de pression allant jusqu'à l'usure de l'os. »

C'est qu'à la théorie des anatomo-pathologistes, les médecins auristes et de Tröltsch en tête avaient fait opposition en s'appuyant sur des faits cliniques. En effet, dans presque tous les cas de cholestéatome de l'oreille, les auristes avaient noté dans les antécédents une otite chronique, et dans son *Traité des maladies de l'oreille* (1), en parlant de ces tumeurs, de Tröltsch s'exprimait ainsi : « Il s'agit probablement le plus souvent de produits inflammatoires qui s'accumulent, se dessèchent, se développent et finissent par former une tumeur solide qui devient elle-même une cause morbide pour les os voisins qu'elle use en les comprimant. » Ls cholestéatome est donc, d'après de Tröltsch, de formation secondaire ; c'est une tumeur due à la rétention des produits de la muqueuse chroniquement enflammée, et l'auteur fait remarquer qu'on constate parfois au centre de ces masses un noyau de pus caséeux. La présence de la cholestérine proviendrait des produits graisseux soustraits au travail de nutrition.

Wendt fait aussi de ces tumeurs des produits inflammatoires, mais résultant d'une inflammation d'un genre spécial qu'il appelle « inflammation desquamative ».

---

(1) Trad. par Kuhn et Lévi, 1870, p. 439.

D'après Wendt, l'épithélium de la muqueuse de l'oreille moyenne, exposé aux injures de l'air à travers la perforation tympanique, subirait au cours du processus inflammatoire une modification importante : il prendrait les caractères de l'épiderme, par formation d'une couche de Malpighi et de couches fortement aplaties, subissant une dégénérescence graisseuse.

Hartmann (1) considère aussi ces masses épithéliales « comme le produit de desquamation de la muqueuse qui a subi la dégénérescence dermoïde ».

Schwartze (2) est encore de cet avis. Tout en admettant qu'il y a des cholestéatomes primitifs avec une capsule mince, fibreuse, Schwartze dit que le plus souvent il s'agit d'une rétention de produits inflammatoires rassemblés en masse. Autour d'un noyau de pus épaissi, il se formerait un amas de cellules épidermiques disposées par couches avec plus ou moins de cristaux de cholestérine. Schwartze admet aussi une modification épidermique de la muqueuse de la caisse. « Il est de fait, dit-il, que dans le cours d'inflammations chroniques purulentes, l'épithélium de la caisse prend tout à fait le caractère de la peau. »

Urbantschitsch se range aussi, en général, à l'avis de Tröltsch et de Wendt et désigne également l'affection en question sous le nom d'« inflammation desquamative » (3).

Cette théorie repose en somme sur un fait qui n'est peut-être pas suffisamment démontré : la possibilité

---

(1) *Maladies de l'Oreille*, trad. Potiquet, 1890, p. 187.
(2) *Die Chirurgischen Krankheiten des Ohres*, 1885, p. 220.
(3) *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1890, p. 286.

d'une transformation de l'épithélium cylindrique de la muqueuse en une couche épidermique.

Schmiegelow (1), en faveur de cette opinion, s'appuie sur l'autorité de Billroth (2) et sur l'observation de Schuchard (3), qui aurait trouvé dans le nez d'ozéneux un épithélium pavimenteux stratifié, corné, à la place de l'épithélium cylindrique cilié.

Enfin Weinlechner a pu montrer un cholestéatome du sinus frontal (4).

Habermann (5) donne une autre explication qui paraît plus séduisante à notre avis. A l'autopsie d'un jeune homme atteint d'otite moyenne suppurée chronique et mort de méningite purulente, Habermann trouva un cholestéatome du rocher ayant amené une perforation de la face supérieure du temporal.

La membrane tympanique était perforée dans son quadrant postéro-supérieur et adhérente à la paroi interne de la caisse dans la région du manche du marteau. La perforation était presque complètement obstruée par une granulation. La masse cholestéatomateuse siégeait sur la paroi postéro-intérne de l'antre et était du volume d'un petit pois. Or, on pouvait voir à l'œil nu sur la muqueuse de la caisse, une bande épidermique facile à distinguer du reste de la muqueuse par sa couleur plus claire, et qui, partant du bord postérieur du manche du marteau, passait sur la paroi

---

(1) *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd XIX.

(2) *Deutsche Klinik*. 1885,

(3) Cité par Politzer in *Wiener Mediz. Wochensc.*, 1891, n° 10.

(4) *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 10.

(5) *Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd. XXVII, p. 42 à 50.

interne de la caisse, au-dessous du canal de Fallope, par-dessus la niche de la fenêtre ovale, pour aller aboutir dans l'antre à la masse cholestéatomateuse. L'examen microscopique ne laissait point de doutes sur la nature épidermique de cette bande ; elle présentait nettement la couche de Malpighi et les cellules cornées.

Ce serait donc l'épiderme du conduit externe, qui passant à travers une perforation du tympan envahirait les cavités de l'oreille moyenne et donnerait lieu à la formation de masses cholestéatomateuses par la desquamation incessante de ses cellules les plus superficielles, comme elle a lieu normalement à la surface de l'épiderme.

« D'après mon expérience clinique, dit Habermann, on peut admettre cette cause étiologique du cholestéatome comme la plus fréquente, attendu que dans beaucoup de cas de cholestéatomes de l'apophyse mastoïde, on peut suivre l'épiderme du conduit externe aussi loin que va le regard en arrière et en haut dans la direction de l'antre. »

L'épiderme de la face externe de la membrane tympanique peut aussi se prolonger à travers une perforation et, d'après Politzer, cette cutinisation des bords de l'ouverture tympanique serait même une cause fréquente de la persistance de certaines perforations. Mais c'est surtout l'épiderme du conduit qui a tendance à pénétrer dans la caisse.

Il est à remarquer, en effet, que normalement, le développement de l'épiderme de la face externe de la membrane tympanique se fait suivant une direction centrifuge, comme on peut s'en assurer par le déplace-

ment que subissent les ecchymoses superficielles du tympan.

Dans les cas pathologiques, au contraire (suppuration chronique de l'oreille moyenne, otite externe), il se fait une prolifération exagérée de l'épiderme du conduit et cela de dehors en dedans. On sait que les bouchons épidermiques du conduit externe se trouvent toujours au voisinage du tympan.

Dès lors, si la membrane tympanique se trouve perforée à sa périphérie, on comprend que l'épiderme proliférant pourra s'étendre jusque dans la caisse ; la couche de Malpighi va envahir de proche en proche la muqueuse de la caisse dépouillée de son épithélium détruit par la suppuration. Avec une perforation centrale, cette invasion de l'épiderme du conduit externe est moins à redouter ; il semble que les bords du tympan fassent une barrière qui s'y oppose. Mais si la perforation est tout à fait périphérique ou s'il se forme des adhérences entre le tympan perforé et la paroi interne de la caisse, il y a continuité entre la muqueuse et l'épiderme du conduit externe, et par suite il n'y a plus d'obstacle à la pénétration de l'épiderme.

D'après Politzer, celle-ci serait même plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Dans maintes préparations d'oreilles, où il y avait eu une otite moyenne guérie avec une perforation étendue du tympan, Politzer dit avoir reconnu au microscope, par une série de coupes, la présence d'un revêtement épidermique dont on ne pouvait se rendre compte macroscopiquement (1).

Ce n'est pas non plus seulement à travers la perfo-

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1891, n° 10.

ration tympanique que peut se faire la pénétration de l'épiderme, mais aussi bien à travers une fistule du conduit externe ou de la corticale de l'apophyse mastoïde. (V. Obs. IX.)

Bezold (1) donne également la pénétration de l'épiderme dans la caisse comme une cause étiologique du cholestéatome et insiste sur la fréquence avec laquelle on rencontre des masses cholestéatomateuses dans le cas de perforation de la membrane de Shrapnell et d'obstruction de la trompe. La caisse n'étant plus suffisamment aérée, il y aurait une rétraction de la membrane flaccide, et la prolifération excessive de la peau de la portion terminale du conduit amènerait de dehors en dedans une perforation de la membrane de Shrapnell.

Ce n'est pas d'ailleurs l'avis de Zaufal (2), qui croit que ces perforations sont dues le plus souvent à une inflammation de l'attique, causée par des germes pathogènes venus de la trompe, comme l'infection de la partie inférieure de la caisse.

En somme, nous voyons que l'épidermisation de la caisse, qui dans certains cas est un procédé de guérison des suppurations chroniques, peut avoir parfois des résultats déplorables. En effet, tout épiderme doit normalement desquamer, mais qu'il y ait une exagération de desquamation ou un obstacle à l'élimination des cellules détachées, celles-ci vont se rassembler en masse et arriveront à constituer le cholestéatome. Quand il y a cutinisation de la caisse avec une large

---

(1) *Z. f. O.* Bd. XX.

(2) *Prager Mediz. Wochenschrift*, 1890, n° 4.

perforation ou mieux une destruction totale du tympan, nous ne voyons pas que cette épidermisation aboutisse à la formation de masses cholestéatomateuses, tandis qu'on les rencontre habituellement avec de petites perforations situées dans la partie supérieure de la membrane tympanique, ou obstruées par des granulations polypoïdes.

La théorie de Habermann et Bezold nous explique encore pourquoi on ne trouve pas de cholestéatomes dans les cavités accessoires du nez où les conditions de rétention du pus sont merveilleusement remplies et où les tumeurs ne devraient pas manquer de se développer si la théorie de Troltsch et de Wendt était absolument vraie.

L'épidermisation de la muqueuse de ces cavités ne se fait pas, parce qu'il n'y a pas continuité ininterrompue entre cette muqueuse et l'épiderme.

Pour nous résumer, nous voyons qu'il y a deux théories essentielles du cholestéatome, soit qu'on le considère comme une formation hétéroplasique primitive, soit comme une formation secondaire tardive survenant après une inflammation chronique de l'oreille.

La plupart des auteurs sont maintenant d'accord pour admettre ces deux origines comme possibles, mais ajoutent que les cholestéatomes primitifs sont beaucoup plus rares que les seconds.

Dans ces cas, où on a trouvé des cholestéatomes, entourés d'une membrane d'enveloppe, dans la caisse ou dans l'épaisseur du tympan (Lucæ, Wendt, Urbantschitsch, Gruber, etc.), sans qu'il y ait trace de perforation de la membrane tympanique ni d'otite ancienne, pourquoi ne pas admettre qu'il s'agissait là d'une

tumeur primitive analogue à celles qu'on a trouvées dans le cerveau (1) ?

D'un autre côté, il est impossible de ne pas tenir compte de l'expérience clinique. qui montre si souvent un rapport de cause à effet entre les inflammations antérieures de l'oreille moyenne et la présence de ces masses cholestéatomateuses. Ces tumeurs non encapsulées ne constituent plus une entité pathologique définie, mais doivent être alors considérées comme des produits de rétention.

Si on trouve un cholestéatome assez volumineux. peu de temps après le début d'une otite, il sera sans doute parfois difficile de dire si on a affaire à un cholestéatome primitif ou secondaire (Obs. IV), mais cette question n'a pas grand intérêt au point de vue pratique, puisque, quelle que soit leur origine, ces tumeurs peuvent donner lieu aux mêmes accidents et comportent le même traitement.

---

(1) Bende. *Semaine médicale*, 1897, n° 8.

III

MARCHE ET SYMPTOMES

Le cholestéatome s'est développé dans la caisse ou dans les cavités accessoires de l'oreille moyenne. Comment va-t-il se comporter ?

La tumeur provenant d'une desquamation épidermique doit s'accroître constamment. Grandissant toujours, elle demande toujours plus de place, et cette place, elle ne peut se la faire qu'aux dépens des parois de la cavité qui l'enferme.

C'est en effet ce qui se passe ; l'os, par suite de la pression qui s'exerce sur lui, subit une usure aboutissant à sa destruction. Nous avons dit que le volume du cholestéatome était très variable et qu'on en trouvait ayant à peine le volume d'un petit pois, tandis que d'autres atteignent le volume d'une cerise, d'une noix, et même plus. Pour en arriver là, on devine quels désordres les masses cholestéatomateuses auront dû entraîner dans l'os qui les contient.

Politzer (Obs. X) trouva la caisse, le conduit externe et l'apophyse mastoïde confondus en une seule cavité ; la tumeur avait détruit le nerf facial, le vestibule et les canaux semi-circulaires.

Moos (1) décrit une observation où les masses épidermiques occupaient sans interruption le rocher, depuis l'antre mastoïdien jusqu'à l'ouverture tympanique de la trompe, et du conduit auditif externe jusqu'au trou auditif interne. Le nerf acoustique se terminait par un moignon mince, et le nerf facial était détruit jusqu'à son premier coude.

Gruber (2) cite un cas dans lequel les parois osseuses de l'apophyse mastoïde étaient devenues si minces, qu'on avait, en les touchant avec le doigt, la sensation de fluctuation.

Il n'est donc pas étonnant qu'on ait observé l'issue de la masse à travers une perforation de la corticale de l'apophyse mastoïde ou de la paroi postérieure du conduit (Obs. VI).

Mais la perforation osseuse peut se faire aussi malheureusement à l'intérieur du crâne, soit à la paroi supérieure du rocher, entraînant une infection de l'étage moyen du cerveau, soit, et plus souvent, à la paroi postérieure, avec, pour conséquence, une infection ou une érosion du sinus latéral. (Obs. VII, XI, XIII, XIV.)

Aux lésions causées par l'usure de l'os il faut encore joindre les effets de la suppuration qui coïncide le plus souvent avec les masses cholestéatomateuses. Après en avoir été la cause, la suppuration en devient la conséquence. Ces masses épidermiques forment un milieu de culture des plus favorables au développement des micro-organismes pathogènes et en se désagrégeant et se putréfiant, elles vont entretenir ces otorrhées per-

---

(1) *Archiv für Augen und Ohrenheilkunde*, Bd. III, p. 99.

(2) *Wiener Wochenblatt*, 1865, n° 1.

sistantes et à odeur fétide. Ce n'est donc pas seulement par leur volume que ces masses sont redoutables, mais autant par la suppuration qu'elles entretiennent et par les conséquences de ces suppurations, infection purulente par rétention du pus, méningites, abcès du cerveau et du cervelet, thromboses des sinus, etc.

Quels sont les symptômes que présente le malade porteur de cette affection ? Si on lit les observations publiées à ce sujet, on voit que les choses se passent presque toujours de la même façon. Le malade a été atteint plus ou moins longtemps auparavant d'un écoulement d'oreille qui s'est tari ou a semblé se tarir par intervalles. La surdité est plus ou moins accentuée, l'écoulement peu abondant et fétide. Il y a parfois des douleurs localisées du côté de l'oreille malade, de la lourdeur de tête entraînant de l'inaptitude au travail, un état vertigineux peu marqué et quelquefois des nausées. Mais ces symptômes prémonitoires peuvent être si vagues qu'ils passent inaperçus, et le malade continue à vaquer à ses occupations sans être trop incommodé.

Or, tout à coup, ou du moins très rapidement, le tableau change ; les douleurs s'accentuent au point de priver le malade de sommeil, la température s'élève, la fièvre s'allume, l'état vertigineux fait place à des accès de vertige, pouvant simuler le vertige de Ménière, les frissons, les vomissements apparaissent. Les complications redoutables de la maladie se sont produites, et quand le malade ou son entourage demande du secours, trop souvent, hélas ! il est trop tard.

IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est parfois assez facile, par exemple quand une largeur suffisante du conduit auditif externe et une perforation étendue de la membrane tympanique permettent de voir dans la caisse. On peut apercevoir alors des masses épidermiques blanchâtres ou nacrées siégeant le plus souvent en arrière du manche du marteau, dans la région de l'aditus ad antrum. A l'aide d'un fin stylet recourbé, il est facile de se rendre compte que ces masses descendent des parties supérieures de la caisse.

Si après avoir enlevé ces dépôts épidermiques par les lavages ou avec la pince, on constate qu'il s'en trouve encore quelques jours après, le diagnostic est ainsi rendu plus certain.

Nous avons dit que, très souvent, ces masses cholestéatomateuses coïncidaient avec une perforation de la membrane de Shrapnell ; on pourra voir alors à travers la perforation une masse blanchâtre, molle au toucher avec la sonde.

Il ne peut y avoir naturellement aucune hésitation dans le diagnostic, quand les masses viennent à se

créer une issue à la région postérieure du conduit auditif externe.

Mais bien souvent elles se dérobent complètement à l'examen direct, comme lorsqu'elles sont renfermées dans l'antre ou dans les cellules mastoïdiennes. Le diagnostic est alors plus difficile. Pourtant on devra songer au cholestéatome quand, dans le cours d'une otite moyenne suppurée chronique persistante et à odeur fétide, le malade présente des lourdeurs de tête, des douleurs vagues, des nausées et de l'état vertigineux.

L'abaissement de la paroi supérieure du conduit auditif externe se rencontre souvent chez les malades porteurs de masses cholestéatomateuses. C'est donc un signe qu'on ne devra pas négliger.

Enfin, un dernier symptôme et le plus important, on pourrait presque dire un signe pathognomonique, c'est la présence, dans l'eau des lavages faits avec la canule de Hartmann, de fragments d'épiderme macéré, de petits grumeaux dégageant une odeur fétide quand on les écrase.

Quant à ces cholestéatomes primitifs du temporal, qui ne se trahissent par aucun symptôme, on conçoit qu'ils ne sauraient être diagnostiqués pendant la vie. Ce sera une surprise d'autopsie.

V

PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic, il y a une distinction importante à établir entre ces petites masses cholestéatomateuses situées dans l'attique et les tumeurs plus volumineuses logées dans l'antre et l'apophyse mastoïde.

Les premières peuvent entraver la fonction de l'ouïe par la gène apportée au mouvement des osselets, mais ont surtout pour conséquence fâcheuse d'entretenir ces suppurations interminables de l'oreille moyenne, tant qu'elles ne sont pas expulsées de la cavité où elles se cachent.

Quant aux secondes, bien qu'elles puissent parfois rester longtemps sans donner lieu à aucun symptôme inquiétant, elles n'en constituent pas moins une affection très sérieuse et d'un pronostic grave. En se reportant à la marche de la maladie, on voit toutes les complications qu'elles peuvent entraîner. Aussi ne faut-il pas s'étonner si la mort a été souvent signalée par pyémie, méningite, abcès du cerveau et du cervelet, phlébite des sinus, etc.

Sans être trop pessimiste, Schwartze a donc pu

dire (1) : « Tout cholestéatome doit être considéré comme une menace pour la vie. » Virchow (2) ne craint pas d'avancer que parmi les cas de suppuration de l'oreille se terminant par la mort, un tiers en moyenne doit être attribué à ces tumeurs.

---

(1) *Chirurg. Krankheiten des Ohres*, 1885, p. 226.
(2) *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, p. 216.

VI

TRAITEMENT

Sur le traitement, tous les auteurs sont d'accord ; dès qu'on a diagnostiqué la présence d'une masse cholestéatomateuse par les signes décrits plus haut, une seule règle s'impose : enlever complètement la masse. Mais nous pouvons nous trouver en présence de cas bien dissemblables, depuis ces tumeurs de petit volume, occupant seulement l'attique ou la partie postéro-supérieure de la caisse et ne donnant lieu à aucun symptôme menaçant, jusqu'à ces masses volumineuses de l'antre et de l'apophyse mastoïde, amenant une destruction osseuse étendue et qui, par rétention du pus ou carie de l'os, peuvent entraîner une issue fatale.

Dès lors, si le but que nous nous proposons reste le même : enlever complètement les amas cholestéatomateux, nous pourrons du moins user de procédés différents pour y parvenir.

Prenons d'abord le cas le plus simple et aussi, heureusement, le plus fréquent : une perforation tympanique à travers laquelle nous apercevons une masse épidermique, nous commencerons par nettoyer à fond le conduit externe à l'aide de tampons d'ouate montés sur une pince, ou avec les lavages comme on les pra-

tique ordinairement. Mais ces lavages, faits avec la seringue, seront insuffisants pour chasser les masses adhérentes, vu que la perforation du tympan, le plus souvent étroite, ne permettra guère la pénétration du courant liquide dans la caisse; heureusement que nous avons dans la canule de Hartmann un petit instrument très commode qui aidera à soulever la difficulté. Cette canule tympanique consiste, comme on le sait, en un tube en argent ou en caoutchouc durci, de deux à deux millimètres et demi d'épaisseur et recourbé presque à angle droit sur une longueur de un millimètre environ à son extrémité destinée à la caisse. Sur l'autre extrémité, recourbée en sens inverse, on adapte un tube en caoutchouc relié à une seringue.

Si la perforation du tympan est trop petite pour laisser passer la canule, on l'agrandira tout d'abord, de même qu'on détruira les granulations ou les polypes qui s'opposeraient à la sortie du liquide. Ceci fait, on introduira la canule à travers le spéculum et en s'éclairant bien avec le miroir frontal. Quoique l'introduction de la canule ne soit pas douloureuse habituellement, il est bon, si le malade est inquiet ou peureux, d'insensibiliser au préalable le tympan avec une solution de cocaïne: le malade étant plus calme et conservant mieux l'immobilité, la tâche du médecin sera beaucoup plus facile. Peu importe le liquide employé, antiseptique et tiède bien entendu. La pression devra être modérée, surtout au début, pour éviter les vertiges qui pourraient se produire et cèdent d'ailleurs facilement à une aspiration faite dans le conduit avec le spéculum de Siegle. La canule sera tournée dans tous les sens, surtout en haut et en arrière pour faire agir le courant sur tous les

points accessibles de la masse. Politzer recommande en outre de faire entrer aussi de l'air avec le courant liquide ; les bulles d'air barbottant dans l'eau favoriseraient le désagrégement de la masse.

On voit alors sortir, parfois en abondance, des fragments épidermiques ou caséeux qui atteignent quelquefois le volume d'une lentille et qui, écrasés, dégagent une odeur fétide. Il peut se faire aussi qu'une partie de la masse imbibée de liquide, augmentée de volume, vienne faire hernie à travers la perforation d'où on l'extraira avec de fines pinces. Combien de temps sera nécessaire pour expulser complètement la tumeur, cela est difficile à dire ; les lavages doivent être continués, tant qu'il ressort, dans l'eau de l'injection, de ces fragments blanchâtres. Wendt dit qu'il lui a fallu, dans quelques cas, jusqu'à trois et quatre mois pour enlever complètement ces dépôts épidermiques.

Quand tout a été enlevé, il s'agit de modifier les parois de la cavité pour tarir la suppuration et prévenir la récidive de l'affection. Politzer recommande alors les injections d'alcool boriqué (1 p. 20) qu'on pratique également à l'aide de la canule de Hartmann ; on pourrait encore user du chlorure de zinc. La sécrétion étant tarie, l'insufflation de poudres, acide borique finement pulvérisé ou iodoforme, mais en très petite quantité seulement, est très utile. Gruber (1), s'appuyant sur ce fait que la formation de cholestéatomes semble favorisée par une ventilation insuffisante de la caisse, comme lorsque la trompe d'Eustache est obstruée, préconise la ventilation artificielle à travers la perforation

(1) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1898, nº 3.

tympanique, et facile à faire avec la canule de Hartmann montée sur un ballon en caoutchouc.

Grâce à ces moyens combinés, on réussira souvent à obtenir une guérison complète de l'affection; dès les premiers lavages, on pourra voir diminuer les vertiges et les douleurs de tête. Nous nous souvenons d'avoir vu, à la clinique du professeur Politzer, un homme porteur d'une otorrhée ancienne et chez lequel on pouvait constater la présence de masses cholestéatomateuses. Cet homme, qui souffrait de violentes douleurs de tête, était atteint en outre de vertiges constants; sa démarche titubante était celle d'un homme ivre et la station debout lui était impossible. Comme le malade se refusait absolument à l'intervention chirurgicale qu'on lui proposait, c'est au traitement précédent qu'on dut avoir recours. Or, après quelques lavages, les douleurs avaient sensiblement diminué et la démarche était devenue presque normale. Le malade était encore en traitement quand nous avons quitté Vienne, et nous ne savons pas ce qui est advenu de lui dans la suite.

Malheureusement, ce traitement ne suffit pas toujours; c'est que bien souvent à côté des masses cholestéatomateuses, il existe une affection osseuse, une carie qui entretient la suppuration. Si le cholestéatome est situé à la partie supérieure de la caisse, dans l'attique, l'extraction du marteau et de l'enclume pourra être fort utile, d'abord en ce qu'elle facilite l'expulsion de la masse cholestéatomateuse et qu'en second lieu ces osselets sont souvent atteints de carie. Les supprimer, c'est donc supprimer une cause de suppuration persistante. Dans la crainte de nuire à la fonction auditive, Politzer ne conseille pourtant cette opération que si le tympan

est presque complètement détruit et l'audition presque perdue.

Si, malgré toutes ces mesures, on n'obtient pas la guérison, ou si les masses à peine enlevées se reforment de nouveau, il faut alors se décider à ouvrir la mastoïde. L'indication est encore plus précise quand le malade présente des symptômes de rétention du pus ou de complication du côté du cerveau, douleurs de tête, élévation de température, vomissements, frissons. Nous ne devons pas oublier, en effet, que la présence de masses cholestéatomateuses dans l'apophyse mastoïde constitue une affection grave capable d'entraîner la mort; il n'est pas rare non plus de voir des cas où ces masses, après avoir été très bien supportées pendant longtemps par le malade, donnent lieu tout à coup à des symptômes effrayants; l'observation VIII, due à Bezold, nous montre que, malgré le peu de chances de guérison qui nous restent, nous ne devons pourtant pas rester inactifs.

L'opération consiste à ouvrir largement l'antre et l'apophyse mastoïde, de façon à voir nettement ce qui s'y passe, à éliminer toutes les masses épithéliales qui y sont contenues et à modifier les parois de la cavité pour empêcher leur reproduction. C'est l'opération de Schwartze. Après avoir bien désinfecté le terrain opératoire, on fera une incision à la peau légèrement concave en avant, dans la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille et sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Le périoste étant maintenu écarté en avant et en arrière, on se trouve en face de l'os sain ou nécrosé par places.

Dans ce dernier cas, c'est sur les parties nécrosées

ou infiltrées de pus, qu'on fera porter les premiers coups de ciseau. La paroi corticale étant enlevée par copeaux, on pourra tomber directement dans une cavité contenant des granulations fongueuses ou des masses épithéliales ; l'ouverture étant suffisamment agrandie, à l'aide d'une curette on nettoie soigneusement la cavité. Le voisinage de la dure-mère et du sinus transverse oblige à beaucoup de prudence pendant ce curettage ; une irrigation antiseptique étant faite dans la cavité, le liquide ressortira par le conduit externe, s'il existe une communication suffisante entre la cavité et l'antre. S'il n'y a pas de communication établie, on ira lentement, à petits coups de ciseau, à la recherche de l'antre en haut et en avant.

Quand, après avoir écarté le périoste, on constate au contraire que l'os est sain, il faut aller à la recherche de l'antre par le plus court chemin ; or on sait que l'antre est situé en arrière et un peu en haut de là moitié interne de la paroi postérieure du conduit auditif. Bezold a donné comme point de repère l'épine située au-dessus du méat (spina supra meatum), petite saillie qu'on sent facilement au-dessus de l'orifice externe du conduit osseux ; elle constituera la limite supérieure de l'ouverture opératoire. Aller plus haut, c'est s'exposer à pénétrer dans la cavité cranienne ; plus en arrière, c'est courir le risque de blesser le sinus.

On cherchera à pénétrer dans l'antre à l'aide d'une gouge, large d'un centimètre environ, en détachant des copeaux osseux suivant une direction parallèle à la paroi postéro-supérieure du conduit osseux. L'opération est plus facile quand on a affaire à une apophyse pneumatique, l'os est alors moins résistant, le sinus trans-

verse plus éloigné et l'antre plus vaste et plus superficiel. L'antre doit être largement ouvert de façon à ce que son fond se continue en pente douce avec la paroi externe du crâne ; on enlèvera avec grand soin tous les fragments osseux, granulations et masses cholestéatomateuses, et le fond de la cavité sera curetté pour empêcher la formation de nouvelles masses. Zaufal recommande même d'appliquer le thermocautère de Paquelin ; pour terminer, on fait un pansement à la gaze iodoformée.

L'opération de Schwartze a été modifiée d'une façon importante par Küster et Stacke, dans le but d'obtenir une large communication entre la caisse, l'antre et le conduit externe. Après avoir tracé une incision jusqu'à l'os sur la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille, on écarte le périoste en avant et en arrière, puis la portion postérieure membraneuse du conduit est détachée et attirée en avant et en bas ainsi que le pavillon de l'oreille, à l'aide d'un écarteur. On ouvre l'antre comme précédemment, puis on introduit dans l'antre une sonde courbe qu'on dirige vers la caisse de façon que son extrémité vienne ressortir sous le segment de Rivinus. Cette sonde protégera le facial contre les traumatismes. La paroi postéro-supérieure du conduit osseux est enlevée à la gouge et au maillet, de même que la paroi externe de la caisse. La paroi supérieure du conduit se continue alors directement avec la voûte de la caisse. Les osselets sont enlevés et la cavité débarrassée de tous les produits morbides qu'elle peut contenir.

Pour recouvrir la surface osseuse dénudée, on se sert de la peau de la portion du conduit qui a été déta-

chée. Stacke recommande de faire une incision longitudinale dans toute la longueur de la paroi postéro-supérieure du conduit, jusqu'à son orifice externe. A cet endroit on mène une incision perpendiculaire à la première, si bien qu'on obtient ainsi un lambeau carré qui est rabattu sur les parois osseuses dénudées et maintenu en place par un tamponnement à la gaze iodoformée jusqu'à ce que la cicatrisation soit faite. De cette façon on a une vaste cavité comprenant l'antre, la caisse et le conduit et facilement accessible à la vue par le méat du conduit externe. C'est ce que les Allemands appellent l'opération radicale : « Radical-operation ».

L'opérateur n'a fait, en somme, que reproduire ce qui se fait spontanément dans les cas d'issue du cholestéatome par le conduit externe.

Stacke ne suture pas habituellement l'incision faite derrière l'oreille, mais laisse la plaie longtemps béante jusqu'à ce que la profondeur soit bien cicatrisée ; la fermeture se fait alors d'elle-même.

Cette méthode, quelque progrès qu'elle marque sur la méthode de Schwartze, n'a pourtant pas empêché les récidives dans tous les cas, bien que celles-ci soient devenues plus rares. On a vu en effet des cas où les symptômes menaçants de rétention de masses épidermiques et la suppuration se sont reproduits après une première opération, principalement chez les malades qui avaient présenté une destruction osseuse étendue et chez qui l'élimination des cellules épithéliales desquamées provenant du revêtement de la cavité ne pouvait pas se faire librement par l'ouverture du conduit externe.

Pour Siebenmann (1), qui a observé plusieurs de ces cas, il ne s'agit pas, dans les récidives, d'une inflammation causée par la présence de masses épithéliales s'accroissant constamment, mais bien plutôt d'une lésion du revêtement épidermique de la cavité comparable à de l'intertrigo. Sous l'influence d'une suppuration des parties voisines, d'eau introduite par le conduit, l'épiderme se gonflerait et subirait une desquamation de la couche cornée avec formation sur le chorion dénudé de granulations et d'ulcérations, comme cela se voit chez les personnes grasses et les nourrissons, dans les replis cutanés en contact prolongé avec la sueur ou l'urine. S'appuyant donc sur les observations des dermatologistes qui nous apprennent que l'épiderme ne peut conserver une cutinisation durable qu'au contact de l'air, Siebenmann propose de maintenir l'ouverture rétro-auriculaire permanente.

Il obtient cette ouverture permanente en suturant le lambeau postérieur du conduit à la partie inférieure de la lèvre postérieure de la section faite derrière l'oreille, et la lèvre antérieure avec le bord libre du pavillon à l'entrée du conduit. De la sorte, le pourtour antérieur et postérieur de l'ouverture opératoire est tout de suite recouvert de peau saine, si bien qu'on n'a plus à craindre sa fermeture. Dans les endroits non recouverts par la peau du conduit, Siebenmann fait des greffes cutanées, d'après la méthode de Thiersch, dès que l'os dénudé se recouvre de bourgeons charnus; ce qui avance beaucoup, dit-il, le terme de l'épidermisation et par suite la guérison.

---

(1) *Berl. Klin. Woch.*, 1893, nº 1.

Kretschmann (1) cherche à obtenir cette ouverture en pratiquant, à 2 centimètres environ derrière la première incision rétro-auriculaire, une incision parallèle qu'il joint à la première par une troisième, les réunissant à leur partie moyenne. Les deux lambeaux détachés avec leur périoste sont appliqués en haut et en bas sur les bords correspondants de la cavité osseuse.

Il est certain que l'ouverture permanente a de grands avantages ; d'abord on obtient avec elle une guérison beaucoup plus rapide que quand on cherche à obtenir la fermeture de la plaie ; en outre, la circulation de l'air se faisant librement à travers l'ouverture rétro-auriculaire et celle qui demeure dans le conduit, il n'y a plus à craindre ni humidité, ni rétention dans la cavité. S'il se produisait une desquamation exagérée, il serait toujours facile d'enlever avec une pince les produits de desquamation. La surveillance de la cavité devient des plus aisées.

Schwartze (2), paraît-il, suit maintenant cette méthode et laisse l'ouverture toujours ouverte dans les opérations pour cholestéatome.

Malheureusement nous ne pouvons partager absolument l'avis de Siebenmann qui trouve qu'au point de vue esthétique et social, on ne peut élever d'objections sérieuses contre ces ouvertures permanentes derrière l'oreille. Sans doute, il est possible parfois, surtout aux femmes, de les dissimuler par des artifices de coiffure, mais, en somme, nous nous rangeons à l'avis d'Urbantschitsch : « La fistule permanente peut, au point de vue

---

(1) *Archiv f. Ohr.*, Bd. XXXIII, p. 125.

(2) *Wiener Klin. Wochensch.*, 1896, n° 29.

des relations mondaines et sociales, surtout pour les gens au service d'autrui, être cause de grands ennuis. »

Est-elle toujours nécessaire ? Evidemment non. Bon nombre d'exemples prouvent qu'on a pu obtenir une guérison définitive avec une ouverture large dans le conduit permettant l'exploration visuelle de la cavité. Nous avons vu à la clinique d'Urbantschitsch plusieurs malades opérés pour des cholestéatomes un an et deux ans auparavant, et chez lesquels la guérison s'était parfaitement maintenue sans qu'ils fussent affligés d'une large ouverture derrière l'oreille.

Redmer (1) n'est pas d'avis de faire ces « horribles » trous derrière l'oreille dans les cas où les masses cholestéatomateuses ne s'étendent pas au delà de l'antre, mais seulement quand les masses occupent les cellules de l'apophyse mastoïde ou quand l'examen de la cavité opératoire est impossible par le conduit.

Stacke (2) et Habermann (3) tiennent la même conduite.

Passow (4) ferme également l'ouverture rétro-auriculaire quand on peut examiner l'oreille moyenne et ses cavités par le conduit, et qu'il s'agit de malades raisonnables qui consentent à se présenter de temps en temps à l'examen du médecin.

En résumé, l'ouverture permanente nous semble indiquée toutes les fois que par le conduit on ne pourra pas se rendre compte de ce qui se passe dans

---

(1) *Z. f. O.*, Bd. XXVIII, p. 265.
(2) *Id.*, Bd. 42, p. 293.
(3) *Id.*, Bd. 42, p. 111.
(4) *Id.*, Bd. XXXII.

l'intérieur de la cavité, soit que le conduit soit rétréci, soit que la cavité soit trop étendue ; on ne devrait pas non plus hésiter à y avoir recours, si après une première opération suivie de fermeture de la plaie, il se produisait une récidive donnant lieu à des accidents graves.

Dans tous les cas, quels qu'aient été leur gravité et le traitement auquel on a eu recours, le médecin devra toujours exiger du malade qu'il se soumette à un contrôle de surveillance pendant plusieurs mois après la guérison. Si on ne peut toujours empêcher les récidives, du moins sera-t-il possible alors de leur appliquer dès le début un traitement approprié et d'éviter des suites graves.

Observation I. — *Cholestéatome de l'oreille moyenne. Vertige de Ménière*. Lacoarret, in Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie, 1896, n° 4.

M. L..., âgé de trente-quatre ans, vient consulter dans le courant de 1893 pour des bourdonnements et une aggravation de surdité de l'oreille gauche survenue dernièrement à la suite d'un rhume de cerveau.

Examen direct : du côté droit, lésions d'otite catarrhale ancienne. A gauche, un tissu cicatriciel moule les osselets et s'applique fortement sur le manche du marteau, qui est à peu près immobile. Le fond de l'oreille est humide ; il existe un suintement léger, mais très fétide. Lavages, instillations antiseptiques ; cathétérisme. Amélioration sensible.

Cinq ou six mois plus tard, nous sommes appelé auprès du malade. Depuis trois ou quatre jours, il est atteint sans cause appréciable de bourdonnements et de crises vertigi-

neuses intenses. Le vertige est tellement violent, qu'étendu sur un lit, il lui est impossible de faire un mouvement, de soulever ou de remuer la tête à droite et à gauche, d'ouvrir même les yeux sans être pris immédiatement de nausées et de vomissements. L'état vertigineux est permanent...

M. le professeur André qui le soigne diagnostique un vertige de Ménière. Nous constatons un léger suintement fétide par le conduit ; mais il est impossible, pour le moment, de faire un examen complet.

Irrigations abondantes à l'acide borique, révulsion sur l'apophyse mastoïde, purgatifs, sulfate de quinine et bromure, etc.

Après douze jours de ce traitement, les crises vont en s'atténuant. Il ne reste que du vide cérébral... Quelques jours plus tard, M. L... peut se rendre à notre consultation. A un examen plus minutieux de l'oreille gauche, on constate qu'entre la marge tympanique et le col incliné du marteau, se trouve une mince fente par laquelle on peut (le tympan étant détruit depuis longtemps) pénétrer directement dans l'attique. Or nous sentons avec le stylet que le recessus épitympanicus au lieu d'être libre est encombré de masses molles et nous ramenons au dehors une parcelle de matière extrêmement fétide. Avec une fine curette, puis au moyen d'injections faites directement dans la logette avec la seringue de Hartmann, nous arrivons après plusieurs efforts à expulser quelques blocs de la même substance. Après des instillations de glycérine carbonatée et de nouveaux lavages, nous parvenons à désobstruer complètement toute la coupole. Depuis cette époque, et notre intervention date d'un an, la guérison s'est maintenue.

Nous avons revu dernièrement notre malade ; il ne paraissait rien de suspect et la logette des osselets était absolument libre. M. L... peut impunément se livrer à toutes ses occupations.

Observation II (Personnelle).

Fr. Lucile, âgée de quinze ans, se présente pour la première fois à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, le 3 mai 1898, pour une otite chronique suppurée de l'oreille gauche déjà ancienne.

Dans les antécédents pathologiques, on note à l'âge de cinq ans une fièvre scarlatine qui pourrait bien avoir été la cause initiale de la maladie.

A l'âge de dix ans, on a enlevé, paraît-il, un polype dans l'oreille gauche.

L'écoulement n'a pas cessé depuis, toujours peu abondant à la vérité, mais d'odeur fétide. La surdité est assez marquée.

Outre l'otite chronique, la malade a de la pharyngite sèche et de l'ozène qu'elle traite depuis longtemps par des injections intranasales d'eau boriquée.

A l'examen otoscopique de l'oreille gauche, M. le Dr Chatellier constate la présence d'une perforation occupant le quadrant postéro-supérieur de la membrane tympanique. Le manche du marteau est adhérent à la paroi interne de la caisse.

A travers la perforation, fait saillie une petite masse blanchâtre dont on peut retirer avec la pince quelques fragments et qui sont constitués d'épiderme.

Un stylet coudé introduit à travers la perforation détache encore quelques parcelles de la même substance.

Il y a très peu de pus dans le fond de l'oreille, mais il dégage une mauvaise odeur.

M. le Dr Chatellier pose le diagnostic de masses cholestéatomateuses occupant la partie supérieure de la caisse et la région de l'aditus ad antrum et nous charge de faire des lavages de la caisse avec la canule de Hartmann.

Les injections pratiquées dès le même jour font sortir

des lanelles d'épiderme macéré ; dans la suite il en sortait toujours de moins en moins, si bien qu'après six lavages, l'eau ressortait claire, et les tampons introduits dans le fond de l'oreille ne dégageaient plus de mauvaise odeur.

Nous recommandons alors à la malade de faire des instillations d'alcool boriqué. Au bout de quinze jours, l'oreille est complètement sèche.

Insufflation d'une très légère couche d'acide borique pulvérisé.

L'amélioration s'est maintenue.

M. Viollet, interne à l'hôpital Saint-Joseph, a eu l'obligeance, dont nous sommes heureux de le remercier de faire l'exàmen des débris cholestéatomateux retirés par le lavage et a trouvé ce qui suit. Examinés en masse au microscope, les débris cholestéatomateux sont trop épais pour permettre une étude détaillée de leur structure.

Un fragment est mis dans l'alcool au tiers pendant quarante-huit heures, puis dans le picrocarmin de Brault pendant vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, il est lavé, déshydraté, monté dans le baume et comprimé légèrement entre lame et lamelle. Les cellules qui le composent se trouvent alors dissociées d'elles-mêmes.

Examinées au microscope avec un grossissement de 600 diamètres, ces cellules apparaissent aplaties, irrégulièrement rectangulaires ou polygonales ; le noyau est visible dans quelques-unes d'entre elles en mauve pâle, mais on ne peut le mettre en évidence dans toutes les cellules.

Observation III. — Lichtwitz et Sabrazès ; Bulletin médical, 1894, n° 25.

M. X..., âgé de vingt et un ans, natif de Varsovie, vient nous consulter pour une affection nasale. Il se plaint aussi depuis plusieurs mois, d'une dureté de l'oreille droite

accompagnée de sensation de lourdeur de tête ; il a eu, pendant sa première enfance, des écoulements fréquents de cette oreille, qui ont disparu, il y a six ans.

L'examen pratiqué le 6 novembre 1893 permet de constater, du côté des fosses nasales, une atrophie assez marquée des cornets inférieurs ; du côté des oreilles, des traces d'anciennes otites moyennes suppurées. A droite, où le malade éprouve une sensation de plénitude, la membrane de Shrapnell forme, avec le tympan lui-même, une membrane cicatricielle épaisse sur laquelle on ne distingue ni le membre du marteau, ni la courte apophyse. A l'aide du spéculum de Siègle, on réussit à peine à imprimer quelques mouvements à cette membrane.

Audition OD, contact.

— OG, 20 centimètres.

Diapason vertex mieux à droite.

Rinne (ut_2, ut_3, ut_4) OD = négatif.

— OG, diapason placé sur l'apophyse mastoïde gauche est entendu par l'oreille droite.

Au niveau de la paroi postérieure de la partie osseuse du conduit auditif, on aperçoit une masse peu saillante, jaunâtre, velvétique, qui résiste à tout essai d'extraction avec la pince. A la première injection d'eau tiède, le malade est pris de vertige, ce qui nous oblige à suspendre ces irrigations. Ce n'est que le lendemain, après des instillations répétées de glycérine carbonatée, que nous réussissons à rendre mobile avec la pince, la masse dont nous avons parlé. En tirant assez fortement, nous amenons une tumeur volumineuse, infundibuliforme, à surface bosselée et luisante. Dans la paroi postérieure du conduit, on voit alors à la place occupée par la tumeur une vaste excavation de même volume qui permet l'introduction d'un stylet dans les cellules mastoïdiennes jusqu'à une profondeur de 1 centimètre environ. Un pont osseux de 3 à 4 millimètres d'épaisseur sépare

cet orifice du cadre tympanique. La paroi de cette cavité est luisante comme la surface de la tumeur qui se moulait exactement sur elle.

Aussitôt après l'extraction de cette tumeur, le malade se sent la tête très dégagée. Audition, 8 centimètres. Il se rappelle qu'il y a deux ans, un confrère de Varsovie a enlevé de son oreille une masse analogue, mais moins volumineuse.

Observation IV. — Steinbrugge ; Berlin Klin. Wochens., 1896, n° 26.

Catherine W..., trente-sept ans, célibataire, souffre depuis trois semaines d'un écoulement d'oreille du côté droit. Le médecin qui la traitait constata des granulations dans la profondeur du conduit droit et enleva quelques végétations, en partie à l'aide d'instruments, en partie par des cautérisations à l'acide chromique. Comme elles se reformèrent vite et que l'état général de la malade nécessitait des soins, son médecin l'envoya à notre clinique où elle fut reçue le 30 mai.

La malade assura à plusieurs reprises et d'une façon absolue, qu'elle n'avait jamais remarqué autrefois un écoulement purulent de l'oreille. Dans la profondeur du conduit, se montraient des granulations empêchant de voir le tympan et la cavité tympanique.

Une montre (entendue normalement à 6 mètres), n'était plus entendue par l'air du côté droit ; mais appliquée sur la tempe, elle était entendue par perception osseuse.

L'apophyse mastoïde droite était sensible à la pression et à la percussion ; la peau un peu rouge et empâtée, le bruit de percussion, mat. La malade se plaignait de douleurs persistantes et violentes dans l'oreille droite et la moitié de la tête, et de manque d'appétit. De plus, elle toussait depuis

longtemps avec crachats abondants muco-purulents, et présentait un aspect anémique et misérable. Tandis que la température matinale était normale ou s'élevait d'une façon insignifiante, la température du soir montait plus ou moins jusqu'à 38°,6.

Après avoir vainement tenté d'améliorer cet état pénible par l'ablation des granulations et un traitement local, je me décidai, le 5 juin, à ouvrir l'os, vu que la fièvre vespérale et les douleurs de tête persistantes faisaient craindre de sérieuses complications. Après avoir détaché le pavillon et la paroi postérieure membraneuse du conduit, j'enlevai par couches l'os de l'apophyse avec la paroi postérieure osseuse du conduit. Quelques cellules de l'apophyse mastoïde, situées latéralement, se montrèrent remplies de pus. Mais, dans la profondeur de l'antre mastoïdien, apparut une masse cholestéatomateuse, blanche, brillante, qu'on peut assez complètement enlever de la cavité où elle était cachée, l'antre élargi. L'antre et la caisse furent réunis en une seule cavité. Comme les granulations s'étendaient dans la caisse pendant le curettage de celle-ci, le marteau et l'enclume furent perdus. Après avoir curetté les cavités mises à nu, on les remplit de gaze iodoformée, et on sutura les bords de la plaie dans sa moitié supérieure.

Le lendemain de l'opération, la malade eut beaucoup de vomissements, sans fièvre. Le troisième jour, la température monta à 38°,9 et les vomissements se renouvelèrent. Le quatrième jour, la température atteignit 39°,2 pour tomber à la normale les jours suivants. A partir de ce moment, la malade n'eut plus de fièvre, les douleurs avaient cessé ; elle quitta le lit le 12 juin et se remit à vue d'œil de toutes façons ; elle cessa aussi de tousser.

Le 27 juin, la plaie derrière le pavillon s'était fermée ; le 10 août, la malade put être licenciée, puisque la plaie osseuse paraissait en grande partie recouverte d'épiderme et

qu'il n'y avait plus qu'une sécrétion minime dans la profondeur. La malade se représenta de nouveau en octobre. Sur le bord antérieur de l'anneau tympanique, s'était formée une membrane nouvelle falciforme limitant la caisse ; la paroi labyrinthique apparaissait encore rouge et à peine épidermisée, cependant il n'y avait plus de sécrétion sensible. Le mouvement de la montre fut entendu à quelques centimètres de distance de l'oreille droite. L'état général ne laissait rien à désirer.

Observation V (Personnelle).

Berr... (Auguste), vingt-sept ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, le 25 avril 1898, pour une otite chronique suppurée de l'oreille droite.

La maladie est de date ancienne, puisqu'en 1889 le malade s'est déjà fait soigner à l'hospice des sourds-muets.

A l'examen de l'oreille, on constate une perforation de la membrane tympanique en haut et en arrière du manche du marteau.

L'écoulement peu abondant est très fétide. Outre la surdité, le malade se plaint de douleurs de tête.

Un lavage fait avec la canule de Hartmann ramène des grumeaux de pus et quelques lamelles épidermiques, mais en petite quantité. Les lavages sont continués trois fois par semaine, mais l'écoulement reste toujours fétide. Le 9 mai, on pratique l'ablation du marteau dont on trouve la tête nécrosée. Les douleurs plus vives privent le malade de sommeil.

A partir du 13 mai, on fait des lavages par la trompe tous les jours ; les douleurs sont toujours aussi fortes ; il y a de plus du gonflement de la région rétro-maxillaire, très sensible à la pression, de même que la région mastoïdienne.

Jusqu'au 20 mai, la situation reste la même. Douleurs, mais pas de frissons, ni vomissements, ni vertiges.

A cette date, devant la persistance des douleurs, M. le Dr Chatellier procède à une intervention chirurgicale.

Incision derrière l'oreille sur la ligne d'insertion du pavillon. Décollement de la paroi postérieure du conduit. Ouverture de l'antre et de la caisse. Ablation du mur de la logette.

Dans l'antre on constate la présence d'une petite masse cholestéatomateuse d'aspect nacré. L'antre et la caisse qui contenait des bourgeons charnus sont curettés.

Tamponnement à la gaze iodoformée. L'ouverture opératoire est laissée ouverte.

Le 26 mai, le malade sort de l'hôpital ; les douleurs de tête ont complètement disparu.

Actuellement la plaie est presque refermée.

M. Viollet, après avoir fait passer quelques écailles des masses cholestéatomateuses dans la série des alcools, les a incluses au collodion, orientées et coupées perpendiculairement à leur axe ; on pouvait voir alors, après coloration par l'hématoxyline, des couches irrégulièrement parallèles, plus ou moins enchevêtrées en certains points.

Il n'a pas été possible de colorer nettement le noyau des cellules par le picro-carmin.

Observation VI. — *Elimination d'un cholestéatome volumineux du temporal par une vaste brèche du conduit auditif osseux.* Lichtwitz. Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, 1898, n° 6.

M. L..., vingt-cinq ans et demie, se présente à notre consultation pour une affection des oreilles, survenue à l'âge de sept ans à la suite d'une fièvre typhoïde. A cette époque se produisit une suppuration des deux oreilles qui disparut à plusieurs reprises, mais qui récidiva souvent, surtout à droite, jusqu'à l'âge de treize ans. A ce moment, le malade

est vu par un auriste, qui constate un cholestéatome de l'oreille droite et propose à maintes reprises une large ouverture à l'apophyse mastoïde. Bien que cet avis fût partagé par un autre confrère, le malade, ne souffrant pas, hésita à se faire opérer, d'autant qu'aucun des médecins consultés ne pouvait garantir un succès définitif après cette intervention radicale.

A l'examen, nous constatons dans l'oreille gauche une vaste perforation du tympan, à travers laquelle on aperçoit la muqueuse de la caisse suintante. A droite, on trouve toute la paroi postérieure et supérieure du conduit osseux, recouverte par une masse gris blanchâtre, velvétique, qui s'effrite lorsqu'on cherche à l'enlever avec la pince.

Audition à la montre : OD = o; OG = 0,02. Le diapason vertex est également entendu des deux côtés.

L'expérience de Rinne est négative à droite. Du côté gauche, elle est également négative pour le diapason ut^2 et ut^3 tandis que les diapasons ut^4 et ut^5 sont aussi longtemps par l'air que par l'os.

Il n'y a pas de paralysie faciale, le malade n'éprouve ni maux de tête ni vertiges. Au début de la maladie, il y aurait eu un seul accès de vertige qui ne s'est pas reproduit depuis. A chaque injection de l'oreille droite, le malade dit avoir éprouvé une sensation de plénitude, comme si « une éponge se gonflait à l'intérieur ».

Ce n'est pas tant la souffrance que l'inquiétude d'avoir une affection dangereuse qui décide le malade à venir demander notre avis.

Après divers sondages et lavages du conduit, nous concluons à l'existence d'un cholestéatome probablement de l'antre s'étant ouvert par le conduit, et nous conseillons son ablation. Mais puisque l'ouverture spontanée du conduit osseux nous semble assez vaste, nous proposons d'essayer,

avant l'ouverture par voie externe, l'extraction des masses cholestéatomateuses par le conduit.

A cet effet, nous pratiquons des lavages réitérés à l'aide de la canule coudée de Hartmann, qui font sortir une quantité de débris et de lamelles épidermiques. Au commencement de mai 1897, des bourgeons charnus obstruent le conduit et il survient une périostite du conduit avec gonflement en haut et en avant du pavillon de l'oreille. Ces bourgeons sont enlevés à l'anse froide et l'incision de la partie gonflée donne issue à du pus.

Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, lorsque, quinze jours après, on voit apparaître au fond du conduit une grosse masse grisâtre qu'on put saisir en entier avec la pince. Cette masse a le volume d'une grosse noisette. Le lendemain une deuxième masse, cette fois blanchâtre et nacrée, apparaît à nouveau au fond du conduit. Enlevée à la pince, elle offre, enroulée, un volume un peu plus gros que la première ; étalée, elle ressemble avec sa coloration et son feutrage à une couche épaisse d'amiante.

A l'examen du conduit, on aperçoit une vaste cavité à parois lisses et nacrées, creusée au niveau de l'ancienne paroi postérieure du conduit, dont il ne reste qu'un rebord mince qui se trouve au point de réunion de la paroi inférieure et postérieure du conduit. La cavité est à peu près sphéroïde et malgré son étendue, on s'étonne qu'elle ait pu contenir toutes les masses enlevées. Cependant l'exploration avec un stylet ne fait découvrir aucun prolongement, il n'existe pas non plus de points cariés.

Au niveau de la caisse, on voit une lame grisâtre simulant les deux tiers supérieurs du tympan, et qui au toucher offre une consistance osseuse. Au niveau du tiers inférieur, où il n'existe pas de lame osseuse, on aperçoit la muqueuse humide de la caisse.

Le malade, après l'ablation du cholestéatome, se sent aussitôt soulagé ; la tête lui paraît plus légère.

L'audition reste la même. Actuellement il n'existe qu'une faible suppuration qui provient des bords bourgeonnants de la vaste cavité.

Observation VII. — *Érosion de la paroi du sinus transverse par un cholestéatome.* — Kretschmann de Magdebourg. Bericht über die Thatigkeit meiner Klinik im Jahre 1896. (*A. f. O.* Bd. XLII.)

Mme E..., âgée de soixante-huit ans, est atteinte depuis quinze ans d'un écoulement purulent à l'oreille droite. Tandis que dans les premiers temps, elle ne s'était pas sentie du tout gênée, depuis ces trois dernières années elle souffre de vertiges, apparaissant surtout quand elle introduit une épingle à cheveux dans son oreille. A l'examen, on trouve la paroi postérieure osseuse du conduit usée, et l'apophyse et la caisse remplies de masses cholestéatomateuses. En touchant légèrement avec la sonde, on provoque un violent accès de vertige, si bien qu'on dut tenir la malade pour l'empêcher de tomber de sa chaise.

Pendant l'opération on trouva toute l'apophyse excavée et remplie de masses cholestéatomateuses. Comme on pensait à une perforation du labyrinthe, vu la grande propension aux vertiges, on enleva les masses avec beaucoup de précaution. On put les extraire en totalité, mais au moment où on les enlevait, il y eut une forte hémorrhagie veineuse qui ne pouvait venir que du sinus. On l'arrêta bientôt par le tamponnement et on put voir le sinus transverse libéré sur une étendue de 1 centimètre et demi. Sa paroi était lisse. nulle part de couleur suspecte, mais bleuâtre. Au milieu de la portion libérée était une masse cholestéatomateuse à peu près de la grosseur d'une lentille. Aussitôt qu'on l'enleva

avec un tampon, il y eut de nouveau une hémorrhagie qui s'arrêta après de nouveaux tamponnements. On put constater alors, à l'endroit où était placée la masse, une petite saillie conique à l'éxtrémité de laquelle était une fistule grande comme une tête d'épingle. Il n'y avait pas là non plus de changement de couleur. Pas de fistule vers le labyrinthe. La guérison se fit bien et sans fièvre. Les vertiges ne reparurent pas.

Observation VIII due à Bezold. Arch. f. Ohr. Bd. XIII (résumé).

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, qui a eu, à l'âge de dix-huit ans, une otite aiguë avec écoulement, lequel n'a pas duré très longtemps. Depuis cette époque, le malade a eu assez souvent des vertiges et la tête embarrassée, mais sans que l'oreille coule.

Quand Bezold voit le malade pour la première fois, 12 août 1875, celui-ci ressent depuis trois semaines des douleurs intermittentes avec élancements. Il y a un écoulement peu abondant et purulent. Voussure de la paroi postérieure du conduit masquant le tympan. Pas de douleurs ni de rougeur dans la région de l'apophyse mastoïde. La palpation indique seulement une augmentation de volume de l'apophyse du côté malade.

On applique des sangsues sur l'apophyse mastoïde et on fait des injections fréquentes. L'étroitesse du conduit ne laisse introduire qu'un tout petit spéculum, et on aperçoit dans le fond du conduit des masses blanches épidermiques.

Le 27 août, tout d'un coup, survient un frisson violent; vomissements; vertiges.

Le 28, température 39°; pouls 112 pulsations. Etat nauséeux constant.

Bezold fait la section de la paroi postéro-supérieure du

conduit et on voit descendre dans le conduit des masses d'un jaune brun que l'examen microscopique montre être des lamelles épidermiques.

Dans ces circonstances, Bezold propose l'ouverture de l'apophyse mastoïde, mais avant de passer à l'opération, voulant se rendre compte à quelle profondeur on pénétrait dans l'apophyse mastoïde, il introduit une sonde coudée à travers les bords de l'incision faite à la paroi supérieure du conduit. Avec des pinces coudées et en se servant de spéculums de plus en plus grands, Bezold put amener, dans l'espace de trois heures, une telle quantité de masses épidermiques que celles-ci auraient pu remplir deux conduits. Leur odeur est pénétrante.

A la fin de l'intervention on peut introduire un spéculum de 7 millimètres de diamètre; toute la partie postérieure osseuse du conduit a disparu.

Bezold, pensant qu'il n'y avait plus à craindre de rétention du pus, s'abstient d'autre opération et se contente, les jours suivants, de faire des injections avec une seringue munie d'un cathéter en caoutchouc dont l'extrémité est introduite dans la cavité. Quelques curettages amènent le restant des masses épidermiques. A partir du 6 septembre, tous les symptômes généraux disparurent.

L'ouverture dans le conduit osseux laisse voir la cavité spacieuse autrefois remplie de masses épidermiques et dont la contenance est évaluée à 2 centimètres cubes. Les parois ont un revêtement mince, blanchâtre. Les dernières masses enlevées sont composées de membranes stratifiées, et cette stratification se retrouve au microscope quand on examine des lamelles isolées. Les couches se composent de grosses cellules épidermiques plates, entre lesquelles on trouve des cristaux de cholestérine.

Dans la suite, il se forma sur l'os dénudé des granulations qui firent place à un tissu cicatriciel, et dès lors la suppu-

ration cessa complètement. Les injections phéniquées faibles continuées dans un but préventif pour empêcher l'accumulation de nouvelles masses épidermiques ramènent de temps en temps de minces lamelles d'épiderme.

Observation IX. — Politzer, in Wiener. Mediz. Wochenschrift, 1891, n° 9 (résumée).

Homme de quarante-deux ans, a eu vingt-deux ans auparavant une suppuration chronique de l'oreille moyenne des deux côtés. Pendant le cours de la maladie, il y eut un abcès de l'apophyse mastoïde avec ouverture à la peau et élimination d'un fragment osseux.

A l'examen de l'oreille gauche, on trouve une perforation centrale du tympan avec une ouverture fistuleuse en partie remplie d'épiderme à la partie postérieure du conduit, et une grande perforation osseuse, aux bords épidermisés à la face supérieure de l'apophyse mastoïde. A travers cette perforation, on arrive dans une cavité spacieuse, en partie remplie d'une masse épidermique.

A l'autopsie, faite deux ans plus tard, on trouve, comme pendant la vie, une perforation centrale du tympan. A 4 millimètres de l'insertion postérieure de la membrane, se trouve une perforation osseuse par les bords de laquelle l'épiderme épaissi de la paroi du conduit se prolonge dans la cavité mastoïdienne. On peut voir de même la pénétration de l'épiderme à travers la perforation ronde du tégument externe.

La cavité spacieuse est revêtue de couches épidermiques blanches qui se prolongent jusque dans l'antre.

Dans la cavité tympanique, depuis l'antre jusqu'à l'ouverture de la trompe, absolument pas de dépôts épidermiques.

Observation X. — Politzer, Wiener Mediz. Wochenschrift, 1891, n° 9 (résumée).

Femme de soixante-dix-huit ans. Otite chronique suppurée, dans l'enfance, à droite. Surdité totale de ce côté et paralysie faciale.

A l'examen, on aperçoit dans le conduit une masse brune que la malade ne permet pas d'enlever.

A l'autopsie, on trouva le conduit auditif très élargi, une masse brune de la grosseur d'une noix, feuilletée, représentant une tumeur limitée formée de plaques épidermiques disposées par couches.

La tumeur ayant été enlevée, on trouva dans le temporal une cavité s'étendant de l'orifice tympanique de la trompe jusqu'à l'antre mastoïdien et du tegmen tympani au plancher de la cavité tympanique. Cette cavité est revêtue de tissu cicatriciel lisse, recouvert par places d'un épiderme chatoyant. Le conduit auditif externe, la caisse tympanique et la partie antérieure de la cavité sont presque entièrement englobés dans cette cavité aussi bien que tout le labyrinthe, puisqu'on ne peut trouver trace du vestibule, des canaux semi-circulaires et du limaçon aussi bien que du facial. Il ne reste plus du rocher que la paroi pyramidale postérieure et supérieure, amincie et transparente.

Observation XI. — *Cas de cholestéatome du temporal sans carie. — Mort par abcès du cervelet.* — Katz, Berliner Klin. Wochenschrift, 1883, n° 3 (résumée).

Le malade est un homme de trente-huit ans. Dans les antécédents morbides, on relate la fièvre typhoïde en 1868 et la variole en 1871. En 1878, il est opéré d'un polype de l'oreille gauche. A la fin de septembre 1883, le malade se présente à l'examen du Dr Katz avec un écoulement abon-

dant de l'oreille gauche. Douleurs vives. La paroi supérieure du conduit fait une telle saillie que l'inspection du tympan est rendue impossible. Ce n'est qu'au bout de huit jours, après avoir dilaté le conduit avec des mèches, qu'on peut apercevoir le tympan qui portait dans le quadrant postéro-inférieur une perforation de la dimension d'une lentille. Pas de douleurs à la pression de l'apophyse mastoïde ; peau normale. Le traitement se borne à l'introduction de mèches imbibées d'huile phéniquée. Huit jours plus tard, l'écoulement avait notablement diminué, quand le malade est pris de violentes douleurs au côté gauche de la tête, derrière l'apophyse mastoïde. Il entre alors à l'hôpital. On constate que le conduit auditif externe est de nouveau presque complètement obstrué par une voussure de la paroi supérieure. Pouls ralenti. Paralysie du moteur oculairo externe à gauche et contractions rythmiques des deux muscles sterno-mastoïdiens. Frisson violent. Mort.

A l'autopsie, on trouve un abcès du cervelet situé sur la surface postérieure du rocher, de la grosseur d'une noix, recouvert d'une membrane assez épaisse. Après avoir enlevé la dure-mère, très épaissie et rouge, on trouve une masse blanche, nacrée, formée de couches concentriques. Cette masse a traversé l'os sur une longueur de 2 centimètres et demi et une largeur de 2 centimètres. La tumeur occupe aussi la partie supérieure de l'antre. On peut constater également à la partie postéro-supérieure du conduit externe une fistule par laquelle on peut introduire une sonde qui va sur la tumeur.

Observation XII. — Lubet Barbon, in Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1896, n° 6.

Ferr... (F.), quinze ans, otite suppurée depuis quelques années ; nous trouvons un polype sortant du segment de

Rivinus. Ablation du polype, lavage de la cavité à l'aide de la canule de Hartmann. Malgré nos soins méthodiques, elle arrive à présenter des maux de tête, de violents vertiges, de la fièvre.

Première opération le 12 novembre 1892. L'opération de Stacke fait découvrir dans l'aditus une masse cholestéatomateuse ; on ouvre l'antre et l'apophyse. On y trouve un cholestéatome de la grosseur d'une noisette.

Récidive du cholestéatome en octobre 1893. Deuxième opération, le 6 janvier 1894. Agrandissement de la cavité qu'on recouvre d'un lambeau de peau aux dépens du bord postérieur de la plaie ; plus tard greffes de Thiersch dans la profondeur.

Guérison complète avec large orifice postérieur et cavité épidermisée le 10 juillet 1895 ; la guérison s'est maintenue. Le traitement total a été de trente mois.

Observation XIII. — Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Luc.

Mlle M..., âgée de vingt ans, atteinte d'un goitre exophtalmique consulte le Dr Luc le 27 septembre 1897, pour une otite moyenne suppurée chronique droite datant de l'enfance.

En 1885, cette otite s'est compliquée d'une mastoïdite (variété dite de Bezold) qui nécessita l'ouverture de la mastoïde et de l'abcès cervical profond, consécutif ; mais le foyer central ne fut pas curetté. (On ne pratiquait pas alors la méthode de Stacke.)

Les plaies mastoïdienne et cervicale se cicatrisèrent, mais l'oreille continua à couler ; pus fétide en grumeaux ; de temps en temps lames nacrées. Il y aurait même eu des expulsions de petits fragments d'os ?

Depuis neuf jours ont surgi des symptômes nouveaux

dénotant un commencement d'infection endo-cranienne, céphalalgie, vertiges, vomissements bilieux.

Le D[r] Luc constate une très légère sensibilité mastoïdienne sans gonflement. Le conduit auditif est rétréci par hyperostose. On ne distingue plus ni tympan, ni osselets. Un lavage vers l'aditus avec la canule de Hartmann expulse du pus fétide, des grumeaux et des lames nacrées.

Diagnostic : Cholestéatome ; dénudation probable de la dure-mère par progrès de la destruction des parois osseuses. Nécessité d'intervenir sans retard.

L'opération a lieu le 29 septembre. L'apophyse mastoïde est convertie en une vaste caverne pleine d'une bouillie cholestéatomateuse putride. Le sinus latéral est dénudé sur une grande longueur.

Résection complète de la mastoïde (nerf facial coupé), curettage, cautérisation, création d'un orifice permanent rétro-auriculaire par la méthode de Kretschmann. Cicatrisation en six semaines.

Observation XIV (résumée). — *Ouverture large attico-mastoïdienne pour une otite fongueuse ancienne avec énorme masse cholestéatomateuse. Mort par suite d'un abcès cérébelleux.* Andérodias ; in extenso in Arch. Intern. d'Otologie, 1895, p. 330.

Ch. Riet, trente-deux ans, consulte le D[r] Luc à sa clinique le 27 avril pour un écoulement de l'oreille droite datant de trois ans. Violentes douleurs depuis quinze jours au niveau de l'occiput. Conduit auditif atrésié de façon à masquer le tympan. Un stylet fin et recourbé introduit au fond du conduit se perd dans une grande cavité osseuse située à la partie postéro-supérieure de la caisse. Une injection faite avec la canule de Hartmann amène une quantité considérable de grumeaux de pus et de masses nacrées d'odeur

repoussante. Une dizaine d'injections furent faites, qui ramenèrent toutes presque autant de débris putréfiés.

Le 30 avril, le conduit un peu élargi permettait de voir le fond de la caisse exempt de fongosités.

Nouvelles injections, issue de grumeaux purulents et de paillettes nacrées cholestéatomateuses.

Le Dr Luc constata en outre une lacune au niveau du tegmen tympani et diagnostiqua une vaste caverne osseuse, renfermant une masse considérable de substance cholestéatomateuse.

L'opération est exécutée le 3 mai, selon la méthode de Zaufal.

Incision dans le sillon rétro-auriculaire, décollement du pavillon, dissection du conduit auditif membraneux et ablation de la partie postérieure de la peau du conduit osseux. Ouverture de l'antre. Le Dr Luc enlève la totalité de la paroi externe de l'apophyse.

Vaste cavité remplie par une masse cholestéatomateuse gris blanchâtre, nacrée, modelée sur les anfractuosités de la caverne et de la grosseur d'une noix. Le tout est enlevé avec la curette et la muqueuse grattée. Lésion du facial; le sinus latéral est mis à nu; l'avant-mur n'existe plus et les osselets sont détruits.

Badigeonnage de toute la cavité osseuse dénudée avec une solution de chlorure de zinc au tiers. Formation de deux lambeaux cutanés selon la méthode de Kretschmann. Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain 4 mai, le malade va bien; température rectale 37°,5.

Le 13 mai, le malade est pris de vertiges et de vomissements qui l'empêchent de venir se faire panser à la clinique.

Le 14 mai, le Dr Luc se rend au domicile du malade qui se plaint de douleurs continues entre la plaie et l'occiput. La plaie ne présente rien de particulier, cependant le Dr Luc

décide le malade à entrer dans le service hospitalier d'un chirurgien de ses amis.

Le 16 mai, toujours pas de fièvre, les vertiges persistent dans la déambulation et la station debout.

Le 20 mai, le Dr Luc est informé que le malade dont l'état n'avait rien présenté d'alarmant jusqu'au 18, a été pris ce jour-là de céphalée intense prédominant dans la moitié droite de l'occiput, sans élévation thermique, qu'il a crié toute la journée : « ma tête, ma tête ! » et qu'il a succombé dans la nuit après un court coma.

Avant de pratiquer l'autopsie, le Dr Luc émet l'opinion que le malade a dû succomber à un abcès du lobe droit du cervelet, fondant son diagnostic sur la céphalée intense sans élévation thermique, les vertiges, les vomissements et la perforation de la paroi postérieure de l'antre mastoïdien.

Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. A peine l'écorce de l'hémisphère cérébelleux a-t-elle été entamée par le couteau, qu'il s'en échappe plus de quatre grandes cuillerées d'un pus crémeux, verdâtre et horriblement fétide.

La poche de l'abcès représentait au moins le tiers antérieur de l'hémisphère.

Le rocher présentait deux perforations : l'une, grande comme une lentille située en dedans du sinus latéral, constatée déjà pendant l'opération, et l'autre occupant le tegmen de la cavité tympanique, de dimensions doubles de la précédente. Le Dr Luc avait cru la sentir avec le stylet au cours de son premier examen, mais une saillie osseuse la lui avait dissimulée au cours de l'opération.

VII

CONCLUSION

Le cholestéatome est une tumeur épithéliale composée de lamelles épidermiques stratifiées et quelquefois de cristaux de cholestérine.

Au point de vue étiologique, on peut distinguer le cholestéatome primitif, tumeur hétéroplasique, des masses cholestéatomateuses d'origine secondaire survenant dans le cours d'une otite chronique suppurée.

Ces masses sont susceptibles d'amener de graves accidents par usure de l'os ou rétention des produits de suppuration.

Le diagnostic se fait en constatant la présence de ces masses dans la caisse, ou bien quand dans l'eau des lavages faits avec la canule de Hartmann, on trouve de petits grumeaux et des lamelles épidermiques.

Le pronostic, en général, est grave; toutefois il importe d'établir une distinction entre les petites masses cholestéatomateuses de l'attique, graves seulement en ce qu'elles entretiennent la suppuration de l'oreille moyenne, et les tumeurs plus étendues de l'antre ou de l'apophyse mastoïde et susceptibles des complications les plus redoutables.

Le traitement consiste à expulser les masses dès qu'on a constaté leur présence.

Dans les cas les plus simples, on peut y arriver avec des lavages pratiqués au moyen de la canule de Hartmann.

Dans les cas de tumeurs étendues, on aura recours à l'ouverture de la mastoïde et on établira une large communication entre le conduit externe et la cavité contenant les masses cholestéatomateuses.

L'ouverture rétro-auriculaire permanente est indiquée en cas de récidive ou quand il est impossible, vu les dimensions de la cavité osseuse, d'exercer une surveillance suffisante par le conduit.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

O. GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — Arch. intern. d'otologie, 1895.

BEZOLD. — Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. XIII.
Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XX

BLAU. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Cholesteatoms. (*Berl. kl. Woch.*, 1896, n° 2.)

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique.

DUPLAY. — Oreilles et annexes *(Traité de Chirurgie)*.

GELLÉ. — Précis des maladies de l'oreille.

GRUBER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde.
Bericht über den in Wien, den 21 und 28 Februar 1898 dritten abgehaltenen œsterreichischen Otologentag. *Monatschrift für Ohrenheilkunde,* 1898, n° 3.

HABERMANN. — A. f. O. Bd. XXVII. Bericht aus Prof. Habermanns Klinik.
A. f. O. Bd. XLII. Die Ohrenheilkunde in der 62 Versammlung deutscher Naturforscher undAerzte in Heidelberg. *Mon. f. Ohr.,* 1889, n° 12.

HARTMANN. — Les maladies de l'oreille et leur traitement, trad. Potiquet.

KATZ. — Ein Fall Cholesteatoms des Schlafebeins ohne Caries. *Berlin. klin. Wochens.,* 1883, n° 3.

KRETSCHMANN. — Bericht über die Thätigkeit meiner Klinik in Jahre, 1896.
A. f. O. Bd. XLII. *A. f. O.* Bd. XXXIII.

Kuhn. — Zür Cholesteatomfrage. *A. f. O.* Bd. XXVI.
Cholesteatom des Ohres. Drasche's Bibliothek der medicinischen Wissenschaften. Teschen, 1897.

Küster. — A. f. O. Bd. XXVIII.

Lacoarret. — Revue internat. de Rhinol. Otol. Laryng., 1896, n° 4.

Lichtwitz et Sabrazes. — Du Cholestéatome de l'oreille. (*Bulletin médical*, 1894, n° 25.)

Lichtwitz. — Élimination d'un cholestéatome volumineux du temporal par une vaste brèche du conduit auditif osseux. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1898, n° 6.)

Lubet-Barbon. — Réflexions à propos de quelques résultats éloignés de l'ouverture large de l'antre et de la caisse. (*Arch. intern. Laryng., Otol. et Rhinol.*, 1896.)

Luc. — Le Cholestéatome de l'oreille. (*Médecine moderne*, 1897, n° 16.)
Arch. intern. d'Ostologie, 1895.

Mignon. — Complications septiques des otites moyennes suppurées.

Passow. — Uber die retroauriculäre Oeffnung nach der Radicaloperation chronischer Mittelohreiteungen. (*Z. f. o.* Bd. XXXII.)

Politzer. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Das Cholesteatom des Gehörorgans vom anatomischen und klinischen Standpunkte. (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1891, n° 8.)
Atlas der Beleuchtungsbilder des Trommelfells.

Redmer. — Ueber Spontanheilung von Cholesteatome und cholesteatomähnlichen Erkrankungen in den Hohlräumen des Schläfebeins. (*Z. f. o.* Bd. XXVIII.)

Schmiegelon. Z. f. o. Bd. XIX.

Schwartze. — Die Chirurgischen Krankheiten des Ohres

Siebenmann. — Die Radicale Operation des Cholesteatoms (*Berlin, klin. Woch.*, 1893, n° 1.)

Stacke. — Die operative Freilegung der Mittelohrräume. (*A. f. O.* Bd. XLII.)

Steinbrügge. — Ein Fall von Cholesteatom des Ohres. (*Berl. klin. Woch.*, 1896, n° 26.)

Trœltsch (de). — Lehrbuch der Ohrenkeilkunde.

Urbantschitsch. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

Zur operativen Freilegung des Mittelohres. (*Wien. klin. Woch.*, 1896, n° 29.)

Virchow. — Ueber Perlgeschwülste (*Arch. für Pathol. Anat.* Bd. VIII.)

Verhandlungen der Berliner medic. Gesellschaft. (*Berlin, Klin. Woc.*, 1889, n° 10.)

Wendt. — Archiv der Heilkunde, Bd. XIV.

TABLE DES MATIERES

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY